

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Emile BUISSON

Né à Montierchaume (In ire) le 15 Avril 1875

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ
DE
PÉRINÉORRHAPHIE

Président : M. BERGER, Professeur.

Juges : MM. BRUN, Professeur.

NÉLATON et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS.

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

337

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Emile BUISSON

Né à Montierchaume (Indre) le 15 Avril 1875

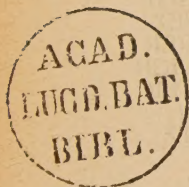
SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ
DE
PÉRINÉORRHAPHIE

Président : M. BERGER, Professeur.

Juges : MM. BRUN, Professeur.

NÉLATON et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CII. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Hygiène	CORNIL
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée	BRISAUD
	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	IIAYEM
	DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILIAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLADÔ

Chef des travaux gynécologiques
du service de Monsieur le Professeur Duplay
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

C'est depuis de longues années déjà que la question que nous proposons d'étudier a pour la première fois attiré l'attention et qu'on a compris la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les affections pour lesquelles on a recours à la péri-néorrhaphie.

Sous ce nom, ou sous des appellations différentes, l'opération qui nous occupe a fourni matière à des études nombreuses, des mémoires multiples, des procédés opératoires variés ; aussi ne prétendons-nous aucunement apporter à la science médicale un nouveau sujet d'observations et de recherches.

Cependant, grâce aux sympathies que nous avons rencontrées, aux conseils autorisés qui ont donné un objet à nos études et nous ont guidé dans notre tâche, grâce aux efforts éclairés qui ont bien voulu se joindre à nos efforts, nous pourrons peut-être à notre tour apporter la faible contribution de nos travaux personnels à l'œuvre que des devanciers, souvent illustres, avaient entreprise avant nous.

Qu'il nous soit donc permis de remercier à cette heure ceux dont le précieux concours et les enseignements habiles nous ont donné le moyen de réaliser ce modeste travail.

Nous adressons d'abord à M. le Docteur Clado le témoignage de notre plus vive gratitude pour nous avoir réservé l'honneur d'être le premier à publier son procédé de périnéorrhaphie. Nous serons heureux toutefois, si en le rapportant nous avons pu ne pas en détruire l'originalité ni l'intérêt.

A nos premiers maîtres de l'Ecole de médecine de Tours, MM. les Docteurs Duclos, Thomas, Meunier ; à nos maîtres de Paris, MM. les Professeurs agrégés Robin, Rendu, Legueu, Bonnaire, nous nous permettons d'exprimer notre profonde reconnaissance.

A M. le Professeur Berger, qui nous a fait l'honneur de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse, nous adressons nos respectueux remerciements.



APERÇU HISTORIQUE

La périnéorrhaphie est une opération destinée à restaurer le périnée.

Autrefois, la périnéorrhaphie ne visait que la réparation d'un périnée rompu. Aujourd'hui ses indications sont plus étendues ; elle s'adresse aux périnées affaiblis, voire même aux fistules périnéales.

Il est intéressant de suivre les progrès de la chirurgie dans les questions de réparation du périnée, et de voir comment l'on est arrivé à la conception des opérations actuelles, après avoir passé par une série de procédés opératoires dont le plus grand nombre est avec juste raison abandonné aujourd'hui. Une des premières opérations dirigées contre l'affaiblissement périnéal est l'épisiorrhaphie, qui consiste à faire la suture partielle des grandes lèvres. Elle remonte à peu près à la même époque que le colpocleisis, ou oblitération du vagin, et comme celui-ci, d'ailleurs, elle est inspirée des procédés que l'on avait été amené à employer pour le traitement des fistules vésico-

vaginales rebelles. Il est à peine utile de faire remarquer que ces méthodes entraînaient l'impossibilité des rapports sexuels, de la fécondation, et surtout restaient tout à fait insuffisantes.

Alors on remarqua que le prolapsus de la paroi antérieure du vagin précède presque toujours celui de l'utérus. Il était donc assez logique de l'incriminer elle seule et de s'attaquer à elle. Dans ce but ont été inventées les diverses méthodes d'élytrorrhaphie. D'abord, élytrorrhaphie antérieure qui consiste à rétrécir la paroi antérieure du vagin. Puis quand on vit que cette opération ne suffisait pas, on y adjoignit une élytrorrhaphie postérieure ce qui constituait une véritable colporrhaphie.

Là encore on faisait fausse route et l'on s'en aperçut bien vite. Alors on reconnut que le rétrécissement de la paroi antérieure prolabée était insuffisant, sinon inutile, à cause de la béance de la vulve qui, maintenant les conditions dans lesquelles le prolapsus de la paroi antérieure s'était produit, conduisait à la récurrence fatale.

Il fallut donc s'attaquer directement au périnée pour lui rendre ses fonctions perdues petit à petit, en un mot faire une périnéorrhaphie.

Il est hors de notre sujet de passer en revue des restaurations autres que la restauration périnéale destinée à combattre le relâchement du périnée et la chute de l'utérus.

Nous ne parlerons donc pas du raccourcissement du ligament rond non plus que des différents modes de fixation abdominale de l'utérus.

Revenons à la périnéorrhaphie.

Naturellement c'est pour un cas de déchirure complète du périnée avec fistule recto-vaginale que cette opération fut pour la première fois pratiquée, parce que là l'indication en devient plus pressante. C'est à Ambroise Paré que revient l'honneur de l'avoir le premier bien conçue. Avant lui, Trotula en avait parlé d'une façon assez claire. Mais somme toute, ni Trotula, ni même Ambroise Paré n'ont pratiqué l'opération.

Guillemeau, disciple fidèle de ce dernier, est le premier à en avoir donné une observation assez nette :

« Il arrive quelquefois, dit-il, que tout le perineum ou entre-fesson est fendu jusques au siège et que l'entrée de la nature de la femme et le conduit, ou trou du siège, se mettent en un : ce que j'ai vu advenir ; et faute d'y remédier, les deux costez de la fente s'estans cicatrisent, les deux trous ou conduits sont demeurés en un. »

Suit la description du procédé qu'il employa pour guérir cette femme : avivement sur de larges surfaces ; au centre, suture entortillée ; aux deux extrémités, un point de suture entrecoupée pour amener la réparation des commissures anale et vulvaire. Il fut assez heureux pour réussir.

Cette opération, en somme fort simple, ne vise,

comme on le voit, que la réunion bord à bord, pour ainsi dire ligne à ligne, des parties déchirées.

Avec Roux (1834) nous entrons dans une autre voie, et le chirurgien cherche à adosser des surfaces plus étendues, à mettre — autrement dit — de larges lambeaux cruentés, bien nourris, l'un en regard de l'autre. Jusque-là, il n'y a pas de grand avivement, mais seulement large adossement de surfaces déchirées.

Roux emploie la suture enchevillée. Il fait chacun des points de suture avec un fil double, dont les deux anses sont nouées de chaque côté sur un bout de sonde en gomme. De cette façon, la suture, comprenant une forte épaisseur de tissus, a l'avantage d'amener un affrontement assez exact des parties profondes. Par contre, les lèvres de la plaie cutanée ne sont pas suffisamment accolées et souvent ne prennent pas.

C'est pour remédier à ce dernier inconvénient que Dieffenbach (1845) complique le procédé des sutures et qu'il pratique ses incisions libératrices. De chaque côté du périnée reconstitué, à un centimètre et demi du bord postérieur de la grande lèvre, il trace une incision à concavité interne qu'il prolonge jusqu'à un centimètre de l'anūs. Il espérait ainsi éviter les tiraillements qui s'opposaient à la réunion de sa suture.

Ces procédés donnèrent des succès, mais souvent

aussi les malades gardèrent une fistule recto vaginale. La question était en effet assez complexe. Le périnée constituant une surface relativement grande, il était assez facile d'en affronter les lambeaux après avivement. Mais les bords de la déchirure de la cloison recto-vaginale représentent des lignes minces qui, avivées, n'offrent que des surfaces très étroites et, par suite, très difficiles à maintenir exactement rapprochées. C'est donc la menace de la fistule ultérieure, et alors le désir de réaliser une restauration solide de la cloison recto-vaginale, qui conduisent à de nouveaux procédés.

Ceux-ci font faire un pas important à la chirurgie et marquent un réel progrès. On ne se contente plus de pratiquer la réunion pour ainsi dire empirique des surfaces déchirées, mais on reconstitue les parois vaginale et rectale absentes, en d'autres termes on fait la réfection de la cloison recto-vaginale.

C'est pour cela que Langenbeck (1853) dédouble la cloison recto-vaginale et suture isolément les deux canons.

Puis Demarquay (1858), avec son esprit ingénieux, conçoit une opération plus complète. Il pratique une triple suture : suture rectale dont les anses sont comprises entre les surfaces avivées tandis que les extrémités des fils sont libres dans l'intestin ; suture vaginale et suture périnéale.

Richet, lui, ne fait plus que deux sutures : suture vaginale et suture périnéale.

Alors Verneuil (1862) s'inspire du traitement de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine. Il laisse intacte la muqueuse rectale, mais, au lieu d'aviver seulement le mince bord libre de la cloison recto-vaginale, il avive la muqueuse vaginale sur tout le pourtour de la fente de la cloison et sur une étendue d'un centimètre au moins. Il a donc un affrontement par larges surfaces.

Le procédé de Trélat, décrit dans la thèse de Marcel Boraud en 1879, ne diffère de celui de Verneuil que par quelques petits points sans importance.

Marc Sée (1885), au lieu de faire un avivement superficiel du triangle périnéal, pratique un avivement profond comprenant l'épaisseur des muscles du périnée. Les tissus résultant de cet avivement sont conservés sous forme d'un lambeau triangulaire, laissé adhérent par sa base à la partie subsistante du périnée. Les deux lambeaux symétriques ainsi constitués, libres par leur partie profonde, sont accolés par leurs surfaces cruentées. Une suture enchevillée les maintient réunis.

La méthode de Polaillon est à peu près analogue avec cette différence, cependant, que ce dernier place en haut, c'est-à-dire du côté de la muqueuse vaginale, la base de son lambeau.

Mais, à vrai dire, tous ces procédés étaient rela-

tivement compliqués, en raison, surtout, des divers plans de suture qu'il fallait exécuter. Aussi furent-ils vite abandonnés quand Jules Hùe, de Rouen, fit connaître le procédé d'Emmet en 1886. Le grand perfectionnement apporté par celui-ci consiste d'abord dans le mode de suture, qui a pour effet de rapprocher les bords de la plaie faite par l'avivement des surfaces déchirées, en la fermant comme on ferme une bourse. Ici, pas de suture rectale ni de suture vaginale. Tous les fils sont passés, suivant un plan unique, de la peau à travers la cloison recto-vaginale, ou la paroi du vagin. Comme on abaisse la cloison recto-vaginale, cela évite de la suturer isolément, à moins qu'elle ne soit par trop déchirée. Emmet est encore original dans le soin qu'il apporte à l'application de son « fil sous-sphinctérien », fil très profond et très oblique d'arrière en avant, destiné à rapprocher les deux bouts du sphincter divisé.

Le progrès réalisé par Emmet consiste non seulement dans la simplification de l'opération, mais encore et surtout dans l'adossement des deux larges surfaces cruentées, grâce auquel la paroi vaginale est portée en avant et le rectum en arrière. Pourtant dans ce procédé un petit sacrifice est nécessaire, puisqu'on extirpe la partie cutanéomuqueuse correspondant à la surface cruentée. De plus, il y a un second inconvénient; celui d'avoir une cicatrice sur

la partie postérieure du vagin, susceptible de se déchirer lors d'un accouchement ultérieur.

Ce danger serait plutôt théorique, suivant la plupart de nos maîtres et d'après Emmet lui-même. Il paraîtrait, en effet, que la cicatrice est tellement solide que s'il survient une déchirure elle se fait à côté et non à ses dépens.

Quoiqu'il en soit, c'est sans doute pour obvier à ces deux inconvénients que Lawson Tait conçut l'idée de faire une opération, sans sacrifier la plus petite parcelle de tissu, tout en évitant complètement la cicatrice du vagin.

Pour cela il revint au dédoublement du périnée, dont Langenbeck avait eu le premier l'idée.

Cette pratique est certainement excellente puisqu'elle ménage l'étoffe du vagin et du périnée partiellement détruit, et évite presque complètement la formation de nouveau tissu de cicatrice. Cependant, à la considérer surtout dans ses résultats éloignés, on est forcé de constater qu'elle donne un périnée mince, plat, sans résistance. Le vagin reste large, presque béant et la tendance au prolapsus des parois antérieure et postérieure persiste.

L'utérus lui-même ne trouve pas une assise suffisante sur le nouveau périnée. Il reste très mobile et même flottant, s'il était flottant antérieurement à l'opération. Sous l'influence des efforts, notamment chez les personnes à système fibro-musculaire ayant

peu de tonicité, la paroi vaginale antérieure vient de nouveau se montrer, sinon faire hernie, à travers l'orifice vulvaire et cet accident consécutif est d'autant plus à craindre que la paroi vaginale postérieure est moins oblique, moins reportée en avant, autrement dit qu'elle est plus courte.

M. Clado, après avoir adopté le procédé de Lawson Tait pour presque tous les cas, fut frappé de ces déféctuosités, surtout en examinant le périnée restauré trois ou quatre mois après l'opération.

Il fut alors amené à penser que dans une restauration périnéale l'idéal serait :

1° De réédifier un périnée très épais et très allongé antéro-postérieurement ;

2° D'obtenir une grande obliquité d'arrière en avant et de haut en bas de la paroi vaginale postérieure, en amenant son extrémité supérieure aussi près que possible de l'orifice uréthral.

Ces dispositions, en effet, se rapprochent de la conformation normale chez la vierge.

Il chercha, en outre, à renforcer la cloison recto-vaginale en la rendant plus épaisse, et en constituant une sorte de colonne qui, du périnée, vint se terminer au voisinage du col de l'utérus.

Il crut également utile de s'attacher à rétrécir autant que possible la cavité vaginale, toujours pour se rapprocher des conditions normales d'un vagin intact.

Au reste, M. Clado fut conduit à ces idées par des considérations multiples, considérations qui seront exposées dans un mémoire sur les déchirures du périnée qu'il se propose de faire paraître prochainement.

Nous devons à son obligeance la communication d'un chapitre de ce mémoire, que nous croyons très utile de rapporter ici. Il concerne en effet tout spécialement la pathogénie du prolapsus utérin consécutif aux déchirures périnéales, d'où son intérêt en matière de périnéorrhaphie :

« Lorsqu'on examine les organes génitaux externes chez une femme dont le périnée est intact, on est frappé par la disposition des différentes parties qui entrent dans sa constitution.

« L'orifice vulvaire, toujours très rétréci, peut être assimilé, en exagérant un peu, à une fente linéaire, parce que les parois vaginales à ce niveau sont accolées l'une à l'autre et qu'il ne reste qu'un espace virtuel. Entre l'anus et l'orifice vulvaire s'étend le périnée, sous la forme d'un coussinet mucolo-aponévrotique, dont l'étendue antéro-postérieure dépasse toujours 4 à 5 centimètres.

« C'est la première assise de l'édifice qui supporte les organes génitaux ; c'est aussi la plus importante. Ce coussinet est extrêmement solide, résistant, dur au toucher, se contractant vigoureusement chez les per-

sonnes bien musclées, aux apparences solides. Chez les personnes pâles, lymphatiques, à la musculature molle, il est plus mou, moins contractile, en quelque sorte moins relâchable.

« Au-dessus de ce coussinet, on trouve la paroi vaginale postérieure qui s'étend depuis l'orifice vulvaire jusqu'au col, très obliquement dirigé d'avant en arrière et de bas en haut, presque horizontal. Cette paroi repose en grande partie sur le périnée qu'elle double en haut. Au-devant de la paroi postérieure nous trouvons la paroi antérieure du vagin, qui part également de l'orifice vulvaire et aboutit au col en offrant la même obliquité. Elle est accolée à la précédente, si bien que le canal vaginal n'a la forme d'un tube cylindrique qu'au niveau du col utérin. Dans le reste de son étendue, il a la forme d'un tube aplati de haut en bas ne circonscrivant plus qu'un espace virtuel. C'est là l'état normal du vagin ; il ne devient cylindrique que par l'intromission d'un corps étranger dans sa cavité.

« Il est encore à remarquer que le vagin est continué en arrière, dans la cavité abdominale, par les replis de Douglas, qui vont s'insérer à la colonne sacrée. Sans doute, la continuité directe n'est pas très importante, puisque le col sert d'intermédiaire. Il n'en est pas moins vrai que le vagin est maintenu en arrière par ces replis qui lui forment, de même qu'au col utérin, une sorte de ligament suspenseur. D'ail-

leurs, la direction montre que des fibres musculaires partant du vagin, viennent doubler les replis de Douglas.

« Jusqu'ici nous voyons que le périnée, de par ses attaches, offre une stabilité qui lui est propre et qu'il supporte les parois vaginales ; mais nous voyons également que ces deux parois ont une fixité particulière du fait de la disposition des replis de Douglas et de leurs attaches à l'ogive pubienne.

« Au-dessus de la paroi vaginale, on trouve la paroi antérieure de la vessie et la partie correspondante de l'urèthre qui lui sont accolées. Cette partie de la vessie double donc la paroi supérieure du vagin depuis l'utérus jusqu'au pubis. Plus superficiellement, le reste de la vessie vient doubler la base de celle-ci lorsqu'elle est vide. »

A ce propos, M. Clado s'étend sur des particularités au sujet de la vessie à l'état de vacuité suivant les individus, qui nous entraîneraient trop loin.

« Faisons remarquer, continue-t-il, que c'est, plutôt que le périnée proprement dit, cet ensemble de parties molles superposées les unes aux autres qui constitue le soutien inférieur de l'utérus

« L'utérus s'étend obliquement en bas et en arrière sur ces différentes parties. Il part de la face postérieure du pubis pour aboutir aux replis de Douglas et répond successivement à la face postérieure de la ves-

sie (par l'intermédiaire de laquelle il repose sur le périnée), à l'extrémité postérieure de la paroi vaginale antérieure et à la même extrémité de la paroi vaginale postérieure. Le col repose sur ce dernier point.

« Le corps de l'utérus est donc soutenu; nous le répétons, par l'ensemble de parties molles qui va de la vessie au périnée. On pourrait comparer cet ensemble de parties molles à une sorte de compresse graduée dont les différents doubles reposent les uns sur les autres en se consolidant.

« Lorsque la vessie se remplit l'utérus se redresse et s'écarte du pubis; l'espace angulaire qui sépare le pubis de l'utérus se trouve occupé par la vessie distendue. Les intestins reposent bien sur la vessie, mais ils n'ont là qu'une connexion toute relative avec le périnée.

« Si l'utérus se redresse et se porte en arrière, alors que la vessie reste à l'état de vacuité, les intestins viendront se loger dans l'espace angulaire qui sépare l'utérus du pubis, et la poussée intestinale aura une action manifeste sur le périnée même.

« C'est là le premier facteur du prolapsus.

« Le périnée déchiré entraîne la béance de la vulve laquelle est d'autant plus prononcée que la déchirure est plus considérable. Mais pour que cette béance se produise, il faut que la paroi vaginale postérieure s'éloigne de la paroi vaginale antérieure, que cette dernière, seule mobile en l'espèce, se reporte

plus en arrière, plus au voisinage de l'anüs, en ün mot qu'elle devienne plus verticale. En effet, son extrémité supérieure, restant à peu près fixe, plus son extrémité inférieure se porte en arrière, plus la paroi postérieure perd son obliquité postéro-antérieure ; nous allons dire son horizontalité, pour devenir verticale.

« C'est là le deuxième facteur du prolapsus. Dès l'instant que la paroi vaginale postérieure s'est écartée de la paroi antérieure, cette dernière n'est plus soutenue, ni par la première, ni par le coussinet péritonéal. Elle reste pour ainsi dire à nu dans toute la partie qui correspond à l'orifice vulvaire. Donc, la partie qui n'est pas soutenue est d'autant plus grande que la paroi vaginale postérieure sa rapproche davantage de la verticale et, conséquemment, que l'orifice vulvaire est plus ouvert.

« Supposons donc que, dans ces conditions, du fait de sa rétroversion, l'espace angulaire qui sépare le pubis de l'utérus soit rempli par les intestins ; nous comprendrons très facilement un point qui jusqu'à présent est resté en litige. Nous voulons parler de la mobilisation de la paroi vaginale antérieure.

« Dans ces conditions, en effet, la poussée intestinale se fera nécessairement sentir à la paroi vaginale antérieure par l'intermédiaire de la paroi vésicale qui lui est accolée, et cette paroi vaginale antérieure tendra à bomber à travers l'orifice vulvaire dans la

partie où elle n'est plus soutenue. Ce sera une véritable pointe de hernie.

« Les mêmes causes continuant à exercer leur influence, la paroi antérieure du vagin devient mobile ; elle se relâche ; elle tend à faire hernie en entraînant derrière elle la vessie à travers laquelle elle subit la poussée intestinale.

« Ainsi donc, la cystocèle suit de près l'abaissement de la paroi vaginale antérieure et est un des premiers phénomènes du prolapsus utérin, contrairement à ce que l'on enseigne habituellement. Sans doute la chute ultérieure de l'utérus contribue à augmenter l'étendue de la cystocèle, mais dans sa phase initiale, celle-ci est bien la conséquence du prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

« On savait parfaitement que, dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, le prolapsus de la paroi vaginale antérieure précédait celui de tout l'appareil génital. On a beaucoup discuté pour expliquer ce fait ; il nous semble que ce que nous proposons est parfaitement acceptable.

« Les conditions de statique du corps de la femme debout sont telles que le maximum de la pression intestinale est subi par la partie antérieure du périnée et non par la partie postérieure. Nous avons acquis cette conviction à la suite de quelques expériences cadavériques, faciles à répéter, et par l'examen des femmes dans la station verticale. D'ailleurs,

en serait il autrement que, dans la situation de l'utérus en rétroversion, le seul espace pour loger l'intestin est celui qui sépare l'utérus du pubis, espace angulaire dans lequel se trouve la vessie et la paroi vaginale antérieure.

« Toutes ces considérations nous expliquent clairement comment l'intestin force la paroi vaginale à venir faire hernie à travers l'orifice vulvaire.

« Donc, le premier phénomène de tout prolapsus est la mobilisation de la paroi vaginale antérieure et il est bien le fait du mécanisme de la hernie.

« Voici maintenant, à notre avis, comment l'utérus qui jusque-là est rétroversé, se déplace pour se mettre en prolapsus. La paroi vaginale antérieure, se mobilisant de plus en plus, exerce une traction constante et répétée sur les ligaments utéro-sacrés par l'intermédiaire du col utérin. Il s'en suit que ces ligaments se relâchent et que la paroi vaginale postérieure devient mobile à son tour. Dès lors l'utérus n'est plus soutenu par en haut et, comme il se trouve de par sa nouvelle direction suivant l'axe du canal vaginal *béant*, il commence à descendre. A partir de ce moment la chute complète de l'utérus est une question de pesanteur. Il va sans dire que la poussée intestinale qui se fait sentir sur le fond de l'organe aide à la pesanteur et précipite cette chute.

« En résumé :

Relâchement de la paroi vaginale antérieure,

Relâchement des ligaments utéro-sacrés,
Relâchement de la paroi vaginale postérieure,
Mobilisation et chute de l'utérus.

« Tel est l'ordre du succession des différents phénomènes constitutifs du prolapsus utérin.

« Ces considérations théoriques se trouvent parfaitement vérifiées par la clinique. En effet, après la déchirure du périnée, le premier phénomène qui se produit est la cystocèle. La rectocèle survient ensuite ; la descente de l'utérus succède à la mobilisation du vagin. »

C'est donc frappé de la nécessité d'un procédé opératoire plus parfait que ceux connus jusqu'à ce jour et guidé par les idées que nous venons de rapporter ainsi que par l'idéal exposé plus haut, que M. Clado est parvenu à réaliser la méthode dont nous allons maintenant faire l'étude.



NOUVEAU PROCÉDÉ

Instrumentation

L'instrument presque indispensable est la grande aiguille courbe d'Emmet. Cependant, à la rigueur, on pourrait la remplacer par une aiguille courbe quelconque que l'on faufile sous les tissus cruentés comme il va être dit plus loin. Le reste de l'instrumentation est celui d'une suture quelconque. Nous insistons sur ce point pour faire ressortir ceci : qu'il n'est pas besoin d'avoir des instruments spéciaux pour faire une bonne périnéorrhaphie et qu'à la grande rigueur les instruments d'une trousse seuls pourront y suffire.

Toutefois, quand cela est possible, il vaut mieux être largement outillé.

On aura donc à sa disposition :

Des bistouris ; des ciseaux ; des pinces hémostatiques (de préférence des pinces de Cocher) ; une pince à griffe ; une pince à disséquer ; une aiguille d'Emmet ; une aiguille courbe de Reverdin ; des fils d'argent ; des fils de catgut ; une sonde de Pezzer.

Préparation de la malade

On prépare la femme comme s'il s'agissait de faire une hystérectomie vaginale. Les quelques jours qui précèdent l'opération, elle sera soumise aux injections au sublimé à 1 pour 2000. La veille, on donnera un purgatif. Le jour même, et pendant que la malade sera sous le chloroforme, il sera bon de faire l'antisepsie du rectum à l'aide d'irrigations ; le doigt introduit dans celui-ci en nettoiera minutieusement les parois. L'antisepsie rectale terminée, on procède à l'antisepsie de la vulve et du vagin.

Après avoir rasé la région, on brosse le vagin, avec le doigt de crin, du savon et la solution de sublimé à 1 pour 1000. Pour cette toilette, il est indispensable de frictionner consciencieusement la cavité vaginale dans tous les recoins, spécialement au niveau des culs-de-sac et du col utérin. Ce savonnage est suivi d'une grande irrigation de sublimé.

On prépare ensuite le champ opératoire avec des compresses convenablement disposées et ne laissant à nu que la région vulvo-anale.

Manuel opératoire

La malade est placée dans la position dorso-lombaire, le siège sortant du lit d'opération, de façon à rendre l'abord du périnée plus facile, et à éviter que la main de l'opérateur et les instruments touchent le bord du lit.

Premier temps : Pose des pinces. — La malade bien placée, on commence par circonscrire le champ opératoire à l'aide d'un nombre suffisant de pinces posées entre peau et muqueuse de la manière indiquée sur notre première figure.

Les premières pinces sont placées à la partie supérieure de l'orifice vaginal, de chaque côté presque en regard de l'orifice de l'urèthre. M. Clado insiste tout particulièrement sur ce point.

« Il faut, dit-il, avoir l'air de vouloir trop faire ; il faut que l'incision soit placée à la partie supérieure, de telle façon qu'on ait l'air de vouloir fermer la vulve ». Donc, l'incision partira du côté gauche de l'urèthre, par exemple pour descendre entre la muqueuse et la peau, en circonscrivant la demi-circonférence gauche de l'orifice vulvaire, jusqu'au niveau du périnée. A

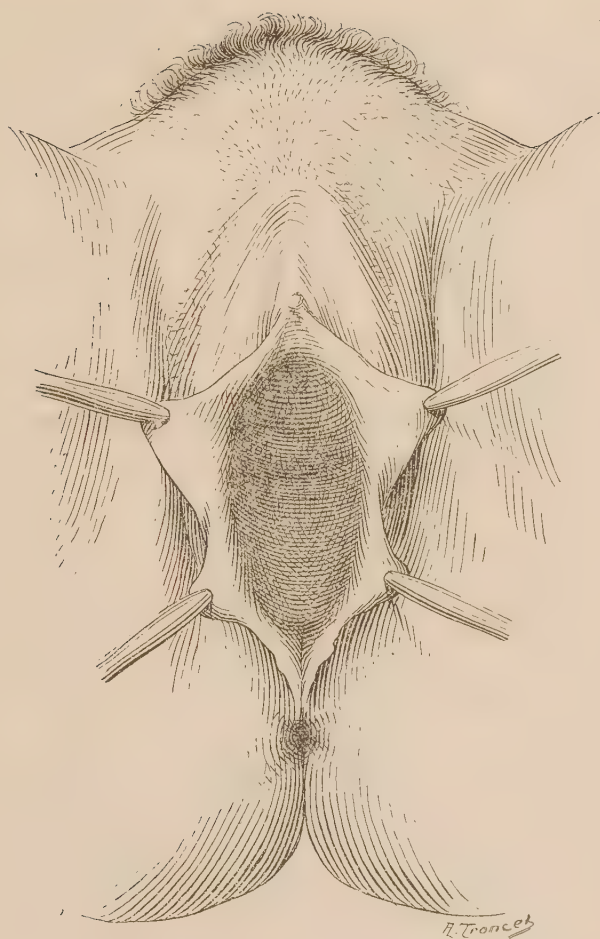


Fig. 1. — Disposition des pincettes pour la périnéorrhaphie

droite elle partira également de l'urèthre, et suivant un trajet symétrique, elle aboutira encore au niveau du périnée.

Une incision horizontale passant à travers le périnée, réunira les deux incisions précédentes si bien que, dans son ensemble, l'incision aura la forme d'un fer à cheval, dont la partie moyenne correspondrait au corps périnéal et les extrémités aboutiraient au voisinage de l'urèthre.

Deuxième temps: Décollement. — On pourra commencer le décollement soit par le périnée, soit par les parties latérales ; nous décrirons d'abord le premier procédé.

Deux pinces de Cocher sont placées sur la lèvre antérieure de l'incision et deux autres sur la lèvre postérieure. Le bistouri incise les tissus transversalement en se dirigeant de préférence du côté du vagin. Il cherche à entrer dans le plan de clivage.

A partir du moment où le plan est trouvé, on laisse le bistouri de côté pour décoller simplement avec l'index. Pour faciliter ce travail la partie vaginale est maintenue tendue avec les pinces, et le doigt, pulpe directement en haut, décolle les tissus en ayant bien soin de suivre toujours la paroi vaginale ; ce sont là des précautions dont nous ferons ressortir plus tard l'utilité.

Si quelques bandes résistent, on les sectionne, de préférence avec les ciseaux pour éviter le saigne-

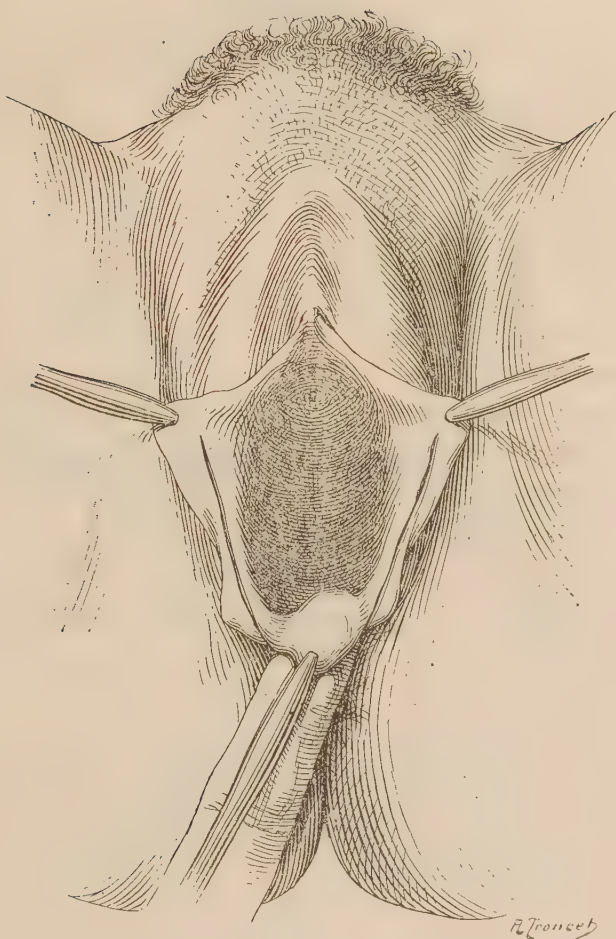


Fig. 2 — Le doigt de l'opérateur commence le décollement

ment, et l'on continue le décollement du vagin et du rectum jusqu'à la partie supérieure, c'est-à-dire jusqu'au voisinage du col de l'utérus. Une des particularités du procédé de M. Clado consiste précisément dans ce décollement complet de la cloison recto-vaginale, dont nous montrerons bientôt l'importance.

Le décollement une fois effectué sur la ligne médiane, on continue par les parties latérales où il s'exécute facilement car il n'y a aucun organe important à ménager. De même que pour la partie médiane, le décollement est poussé jusqu'en haut. Il est cependant un peu moins prononcé, ce qui fait que l'angle de décollement vient rejoindre le milieu sous une incidence oblique.

En résumé, les deux tiers de la circonférence du canal vaginal se trouvent complètement décollés et flottent ainsi qu'il est montré dans notre troisième figure.

En écartant le rectum avec la partie correspondante du périnée en arrière; et la paroi vaginale en avant, on obtient une large surface cruentée qui a la forme d'un tétraèdre dont la face antérieure est représentée par la paroi vaginale, la face postérieure par la paroi rectale, et les faces latérales par les deux régions correspondant à l'angle de décollement.

On pourrait encore comparer la surface cruentée à un cône aplati d'avant en arrière dont la demi-surface latérale antérieure serait représentée par la

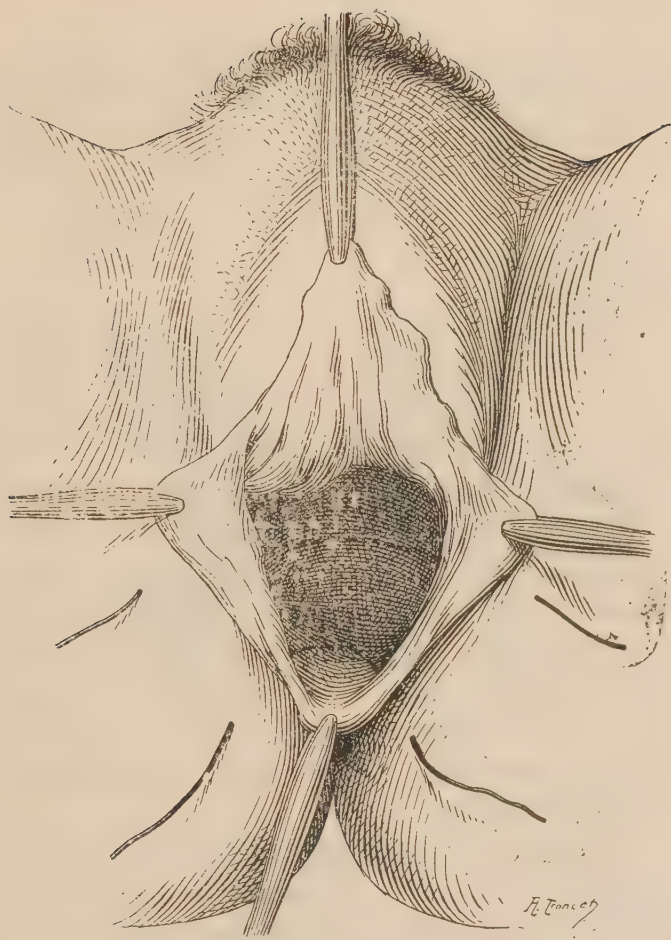


Fig. 3. — Après décollement complet du lambeau
le fil principal et le fil préanal sont placés.

paroi vaginale, la demi-surface latérale postérieure par la paroi rectale, et les angles par la réunion de ces deux parois.

Nous désirons faire ressortir encore le point suivant. Si l'on place une pince sur la partie moyenne du périnée au-devant de l'anus, une autre sur la paroi vaginale et que l'on écarte ces deux pinces l'une en avant, l'autre en arrière, la forme du cône change et de antéro-postérieurement aplati qu'il était il devient aplati latéralement. La base alors prend la forme d'une ellipse antéro-postérieure. Si nous insistons sur ce fait, c'est que l'opération a précisément pour but d'effectuer cette transformation.

Ainsi donc, d'une cloison recto-vaginale aplatie d'avant en arrière nous obtiendrons, grâce au procédé opératoire, une cloison recto-vaginale aplatie latéralement et par la forme même du décollement nous aurons une colonne antéro-postérieure largement assise sur le périnée, venant se terminer en pointe au voisinage du col utérin.

Troisième temps : Passage des fils. — Il doit être fait de telle sorte que la réalisation de ce qui vient d'être dit soit pour ainsi dire mathématiquement obtenue. Le fil le plus important à placer est celui du milieu. Sa partie moyenne doit correspondre à l'angle supérieur de la plaie, c'est-à-dire au sommet de la pyramide ; il passera donc au voisinage du col utérin, en *a* sur la figure 4.

Non moins important pour certains cas de ruptures du sphincter anal est le fil qu'on place ne arrière. Ce dernier part de chaque côté de l'anus



Fig. 4. — Coupe schématique montrant le dédoublement de la cloison recto-vaginale et le passage du fil principal en *a*.

pour se faufiler dans la paroi rectale, en décrivant une courbe à concavité postérieure.

Cela posé, voici comment on place les fils. A deux centimètres de l'incision, exactement sur le milieu du losange qui représente l'orifice inférieur du cône, on introduit l'aiguille de Reverdin, qui s'avance

Buisson

3

hardiment dans l'épaisseur des tissus sur les parties latérales.

Arrivée à l'angle supérieur du cône, elle le contourne pour redescendre du côté opposé en suivant un trajet symétrique, en ressort par conséquent à deux centimètres de la surface de section. L'aiguille est enfilée avec un fil d'argent d'un diamètre moyen, qui se trouve entraîné en sens inverse et ressort par le point d'entrée de l'aiguille. Une pince hémostatique est placée à chaque extrémité du fil pour le maintenir en place.

Ce fil, comme tous les autres d'ailleurs, doit être faufilé sous les tissus cruentés, de façon à ne pas apparaître autant que possible, à la surface de la plaie. Trop en arrière il enfilerait le rectum, trop en avant, il enfilerait le vagin. Il faut donc veiller à le glisser convenablement.

Une fois le premier fil placé, pour juger de sa bonne situation on n'a qu'à saisir ses deux extrémités et chercher à les rapprocher de la ligne médiane. On voit alors le périnée s'allonger d'avant en arrière et la cloison se former immédiatement.

Indépendamment du fil préanal dont nous avons parlé précédemment on doit en placer un autre au-devant de lui, qui enfile la paroi rectale, et un autre au-devant du fil du milieu qui enfile la paroi vaginale. Ces deux fils ont leur point d'entrée à la même distance de la ligne de section que le fil préanal et le fil

du milieu, soit à deux centimètres. Ils sont également très importants, car ils complètent l'adossement latéral et contribuent à la formation de la colonne verticale.

S'il est nécessaire, on multiplie les fils d'argent, suivant les besoins.

Quatrième temps : Suture. — Les fils sont serrés en commençant par celui du milieu ; on continue par ceux d'arrière et l'on vient terminer en avant. Sous les yeux de l'opérateur, le périnée prend une forme allongée antéro-postérieurement, mais quelques points de l'incision baillent encore. On y pose des fils supplémentaires, notamment à la partie antérieure, où M. Clado à l'habitude de placer un surjet au catgut.

Remarques sur le détail de l'opération

Pose des pinces. — Il est utile, pensons-nous, de revenir sur quelques points de l'opération. C'est ainsi que nous insisterons à nouveau sur la pose des pinces : celles qui correspondent au périnée doivent être placées entre peau et muqueuse, de façon à rentrer d'emblée dans le plan de clivage ; les supérieures, nous le répétons à dessein, doivent correspondre au

méat urinaire, afin de permettre un large décollement des deux tiers postérieurs du cylindre vaginal. Ce large décollement a non seulement pour but de rallonger le périnée dans le sens antéro-postérieur, en reportant la paroi vaginale au voisinage du méat urinaire, mais encore, par suite de la manière dont sont posées les sutures, de rétrécir le cylindre vaginal depuis le périnée, jusqu'au niveau du col utérin. Enfin, en même temps que ce rétrécissement on provoque la formation de la colonne verticale, sur laquelle nous avons suffisamment insisté plus haut.

Décollement. — Ici quelques précautions sont nécessaires. Comme nous l'avons dit, il faut chercher à tomber dans le plan de clivage de la cloison recto-vaginale, et alors le décollement devient relativement facile. Si l'on place le doigt trop en avant, on déchire les fibres musculaires du vagin et l'on peut perforer la paroi vaginale, mais, par contre, si l'on se reporte trop en arrière, on risque de perforer le rectum.

Il y a un point de repère qui permet d'éviter ces dangers.

Lorsqu'on est en arrière du plan de clivage, les veines pré-rectales, gonflées de sang et verticalement disséquées, s'offrent sous le doigt ; elles indiquent le voisinage du rectum. Il faut donc immédiatement se reporter en avant, de façon à laisser en arrière les veines et le tissu cellulaire qui les entoure.

M. Clado insiste sur la douceur que l'on doit

apporter dans l'opération du décollement. La paroi vaginale, maintenue tendue en avant, constitue un point d'appui solide pour toute la partie de la cloison non encore décollée.

Il s'en suit que le doigt qui décolle, glissant en arrière dans un mouvement brusque, détermine un pli dans la paroi rectale, s'en coiffe et l'on peut supposer ainsi que son extrémité se trouve dans le plan de clivage.

Si l'on poursuivait dans ces conditions, on déterminerait fatalement une perforation du rectum. Il suffit, nous le répétons, de bien se maintenir derrière la paroi vaginale tendue ; de temps à autre on la saisit entre le pouce et l'index pour se rendre compte de son épaisseur, on évite ainsi la fausse route en arrière.

Il est rare que la cloison se laisse décoller avec beaucoup de facilité, presque toujours quelques brides vasculo-cellulaires résistent ; il suffit de les sectionner avec des ciseaux.

Quand on commence le décollement par les parties latérales, l'opération est plus facile ; il n'y a comme nous l'avons fait remarquer déjà, aucun organe à ménager. Le cylindre vaginal se décolle avec la plus grande facilité et l'on est amené sur la cloison recto-vaginale qu'il est très aisé de dédoubler. L'opération conduite de la sorte est, à la vérité, un peu

plus longue et moins brillante, mais elle est bien moins périlleuse.

En résumé, quel que soit le point par lequel on a commencé le décollement, il faut avoir bien soin de se maintenir derrière la paroi vaginale, car mieux vaudrait perforer le vagin que la paroi du rectum.

Passage des fils. — Nous avons peu de chose à ajouter sur ce sujet. Les fils principaux seront introduits à deux centimètres exactement de la ligne de section et viendront ressortir symétriquement du côté opposé. Si cette condition est bien observée, la réunion se fait sur une bonne ligne, sans aucune tendance au baillement.

Le fil postérieur a une importance toute spéciale lorsque le sphincter anal est déchiré. Il doit être placé immédiatement derrière les deux dépressions cutanées qui correspondent aux extrémités antérieures des fibres du sphincter rompu, de telle manière que ces extrémités soient embrochées. Dans le temps suivant le sphincter sera forcément reconstitué, lorsqu'on viendra à serrer ce fil.

En ce qui concerne la pose du fil principal, il peut se faire que l'aiguille d'Emmet éprouve une grande difficulté à venir accrocher l'angle supérieur de la plaie ; c'est dans le cas où le vagin est relativement profond. Il est très facile de remédier à cet inconvénient en saisissant le col avec une pince à abaissement, pour amener l'angle supérieur au devant de

l'aiguille. Ceci est d'autant plus aisé qu'il existe toujours un certain degré de prolapsus. D'ailleurs, éprouverait-on quelques difficultés, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à passer ce fil en s'y prenant à plusieurs reprises.

Ajoutons qu'il faudra veiller avec la plus grande attention à ce que les fils ne se détournent pas de leur voie, ce qui pourrait entraîner la perforation du vagin ou du rectum. La perforation du vagin n'offrirait pas un danger réel, le succès de l'opération n'étant pas compromis de ce fait ; mais celle du rectum serait plus grave, car la désunion pourrait en être la conséquence.

Suture. — M. Clado conseille de serrer les fils, non pas sur la ligne médiane, mais sur les côtés. Après avoir exactement affronté les parties, il suffit de tenir l'un des fils, celui du côté droit par exemple, verticalement, et de venir enrouler autour de lui en une première spirale celui du côté gauche, couché horizontalement en travers de la suture. On achève ensuite de les tordre sur place.

C'est là d'ailleurs une précaution qui peut être observée pour toutes les sutures.

En ce qui a trait à la périnéorrhaphie, l'avantage de rejeter la réunion des fils sur le côté est double. D'abord on évite l'irritation de la ligne de suture ; en second lieu, lorsqu'on veut enlever les fils, il est plus facile de les couper au ras de leur point d'entrée.

M. Clado conseille en outre de serrer très fortement, pour amener un affrontement parfait des surfaces cruentées. On évitera ainsi la formation d'espaces morts dans lesquels la plus légère infection aurait des chances d'évoluer, grâce aux collections sanguines qui s'y formeraient.

La partie antérieure du vagin est suturée de préférence au catgut en surjet. Or, il arrive presque toujours qu'il se produit en avant un prolongement détaché, sorte de petite trompe qui vient obturer ce qui reste d'orifice vulvaire. Il est tout à fait inutile de la réséquer, car au bout d'un certain temps, un mois et demi environ après la guérison, cette petite trompe se résorbe d'elle-même.

Modifications du procédé opératoire suivant les cas.

L'opération telle que nous l'avons décrite répond aux cas les plus communs, cas dans lesquels, avec ou sans déchirure du sphincter anal, la cloison recto-vaginale descend jusqu'à la fourchette et sépare la vulve béante du rectum.

Elle convient encore à tous les prolapsus par re-

lâchement, sans déchirure superficielle de la fourchette, mais avec lésions sous-cutanées de l'appareil musculaire, qui rendent le corps périnéal absolument impropre à remplir ses fonctions.

Mais lorsque la cloison se trouve déchirée dans une étendue plus ou moins grande, quelques petites modifications sont indispensables. Nous rapportons plus loin une observation dans laquelle il restait à peine trois ou quatre centimètres de la cloison recto-vaginale à la partie supérieure. Etant donnée la gravité du cas cette observation peut nous servir de type pour les modifications à apporter au procédé qui nous occupe.

On commence, à la partie supérieure, par doubler la cloison recto-vaginale comme à l'ordinaire. A droite et à gauche de cette partie dédoublée, on fait partir deux incisions verticales qui arrivent jusqu'au devant de l'anus. De chaque côté de ces incisions on dissèque deux lambeaux dont l'un correspond à la paroi vaginale et l'autre à la paroi rectale. On pousse la dissection, soit en décollant avec le doigt soit en coupant avec les ciseaux ou le bistouri, le plus avant possible, aussi bien pour la partie antérieure que pour la partie postérieure. Il se forme de la sorte quatre volets : deux postérieurs opposés l'un à l'autre correspondant au rectum, et deux autres également opposés l'un à l'autre correspondant au vagin. Se servant alors d'une aiguille à pédale on réunit par

quelques points de surjet, de bas en haut sur la ligne médiane, les deux volets postérieurs, Cette réunion change immédiatement l'aspect de la plaie. Elle lui fait prendre l'apparence losangique que nous avons décrite plus haut, avec cette différence, cependant, que la partie antérieure correspondant au vagin fait défaut. Au besoin on consolide la paroi postérieure reformée par quelques points de surjet surajoutés ce qui rétrécit d'autant les surfaces cruentées. Le reste de l'opération se termine sans difficulté.

Le fil préanal est passé de la même façon que dans les cas ordinaires. Il peut arriver cependant que, vu l'épaisseur peu considérable de la paroi rectale, on ne puisse le faufiler dans cette paroi même; alors on le fait passer au-devant d'elle. Les autres fils métalliques sont facilement placés avec l'aiguille d'Emmet comme précédemment. Après avoir serré tous les fils on voit que les deux volets décollés antérieurement et correspondant au vagin, viennent s'adosser d'eux-mêmes sur la ligne médiane. Il suffit de consolider cet adossement par un surjet au catgut.

Il n'est pas inutile, croyons-nous d'insister encore sur quelques points. Faisons remarquer tout d'abord, que l'on pratique ici une véritable autoplastie plutôt qu'une périnéorrhaphie. En pareil cas nous avons vu nos maîtres dans les hôpitaux choisir de propos délibéré le procédé d'Emmet, disséquer de chaque côté deux larges surfaces aux dépens de la partie cuta-

néo-muqueuse qu'ils enlèvent entièrement. M. Clado arrive au même résultat en ne sacrifiant pas une parcelle de tissu, grâce à la dissection des quatre volets dont il a été question plus haut.

Nous avons encore vu, dans les cas difficiles, chercher à obtenir d'abord la réfection du cylindre rectal déchiré et après réussite, dans une opération ultérieure, procéder à la réfection du périnée. La modification que nous avons décrite permet dans une même séance de refaire le cylindre rectal, de réunir sur la ligne médiane les extrémités du sphincter déchiré, et enfin de reconstituer le périnée.

Soins immédiats et consécutifs

Nous n'aurons pas ici à nous étendre longuement. Avec quelques modifications de peu d'importance, les soins consécutifs sont ceux d'une périnéorrhaphie ordinaire. La plaie est largement saupoudrée à l'iodoforme sur toute la ligne de réunion. Une mèche de gaze, placée dans le vagin, ressort par l'orifice vulvaire. Enfin, une sonde de Pezzer cathétérise la vessie pendant les huit ou neuf premiers jours de la cicatrisation. Les malades sont purgées le troisième jour.

On enlève les fils du huitième au neuvième, s'il y a menace d'infection, on les retire dès le quatrième ou le cinquième jour.

Résultats immédiats de l'opération

Les quelques mensurations que nous rapportons feront bien comprendre les avantages de la méthode préconisée par nous. L'aspect général du périnée après cicatrisation est le suivant :

Le périnée mesure, depuis l'anus jusqu'à l'orifice vulvaire, de sept à huit centimètres en moyenne. En le prenant extérieurement entre les doigts, on sent très bien, dans toute la partie qui correspond au corps périnéal, les aponévroses et les muscles, tendus et résistants. En introduisant un doigt dans le vagin, un autre dans le rectum, on peut se rendre compte qu'il ne s'agit pas seulement d'une réunion de parties minces et sans importance, mais d'un véritable corps périnéal épais, qui se prolonge en haut, sous la forme d'une colonne venant mourir insensiblement au voisinage du col.



Fig. 5. — Aspect du périnée après l'opération.

A la partie antérieure, la vulve, considérablement rétrécie, permet à peine l'introduction du doigt. Toutefois, elle reste dilatable.

Résultats éloignés de l'opération

Nous ne pourrions que rapporter ici la communication qu'a bien voulu nous faire M. Glado. Nous n'avons pu, en effet, revoir au bout d'un temps suffisamment long les malades qui avaient été opérées à l'hôpital sous nos yeux.

Le corps périnéal reste solide et suffisant (malades observées depuis cinq et six ans), surtout chez les personnes dont le système musculo-aponévrotique est en bon état. Chez celles dont le périnée est naturellement peu solide et présente un défaut de tonicité musculaire, il se relâche légèrement, tout en conservant à peu près ses dimensions initiales.

La vulve, bien qu'elle reste étroite, s'élargit un peu. La petite trompe que l'on voit se former après la réunion disparaît complètement ; quelquefois, pour-

tant, elle persiste sous la forme d'un petit tubercule qui commence la colonne verticale en avant et en bas. Le conduit vaginal, comme la vulve, s'élargit un peu ; quant à la colonne verticale, elle semble persister indéfiniment. En résumé, les résultats éloignés paraissent très bons.

Il est une particularité sur laquelle nous désirons attirer tout spécialement l'attention ; c'est que la paroi postérieure du vagin conserve l'obliquité d'arrière en avant et de haut en bas, que lui confère l'opération. C'est là un résultat très heureux, car cette obliquité est celle qu'on rencontre à l'état normal avec un périnée intact.

Accidents possibles de l'opération

En dépit de la réelle simplicité de l'opération que nous étudions il peut se présenter quelques légers accidents. Le manque d'habitude de l'opérateur, aussi bien que les difficultés inhérentes à chaque cas particulier, peuvent en être les causes occasionnelles.

Un des plus graves est la perforation du rectum, perforation large, par le doigt qui décolle trop brutalement et va dans une échappée défoncer la paroi rectale. En pareil cas, on devra faire une bonne suture en surjet de cette paroi et continuer l'opération avec une asepsie encore plus rigoureuse si possible.

Il peut encore arriver que, dans la pose des fils, l'aiguille pénètre trop en arrière, et que le fil fasse une perforation étroite du rectum.

Si l'on s'en aperçoit, il suffit de retirer le fil et d'en replacer un autre en bonne position. Si l'on ne s'en aperçoit pas, il en résulte une petite fistulette qui guérit spontanément dans la suite.

Pour savoir si un fil traverse le rectum, un aide introduira son doigt dans celui-ci et pourra de la sorte sentir ce fil s'il existe.

L'opérateur devra s'abstenir de faire lui-même cette recherche afin de ne pas risquer de contaminer son doigt, et d'infecter la plaie en achevant l'opération.

Quelquefois, une hémorrhagie assez sérieuse se produit au cours du décollement. C'est presque toujours une hémorrhagie veineuse et le pincement des vaisseaux est suffisant pour l'arrêter. Il n'est même pas besoin de faire de ligature.

Disons également que ce que nous avons expliqué plus haut pour le rectum se produit quelquefois aussi pour le vagin, dont on peut d'un doigt malhabile

aller perforer la paroi. C'est là une petite complication qui n'a absolument aucune importance et dont le seul inconvénient est de prolonger un peu l'opération. Il suffit en effet de faire un surjet au niveau de la perforation et la paroi vaginale se restaure très bien.

Enfin, comme complication ultime et certainement la plus désagréable, il peut arriver que pour une raison ou pour une autre (infection de la plaie, malade non docile, etc, etc,) l'opération ne réussisse pas. Quoiqu'il en soit il y a toujours quelques points qui ont pris et l'on peut essayer de refaire ceux qui ont manqué avant que la plaie soit complètement cicatrisée.

Mais nous tenons à dire que jamais nous n'avons vu l'opération faire défaut et que c'est là pour nous une complication qui doit être peu fréquente. Nous devons ajouter au surplus que jamais nous n'avons vu de rupture au cours de la cicatrisation, malgré les mouvements souvent excessifs des malades.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

A. M..., 39 ans, femme de journée, entrée le 15 février 1900 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, lit n° 12; service de M. le Professeur Duplay.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Réglée à 15 ans, bien régulièrement.

Enceinte pour la première fois, il y a douze ans; elle accouche d'une fille de 3500 grammes. L'enfant se présente normalement, par la tête, mais l'accouchement est rapide et se fait en 7 heures. Déchirure légère dont on ne tient pas compte. Suites de couches excellentes.

Voilà 3 ans, elle est gênée par une pesanteur dans le bas ventre. On lui dit qu'elle a un début de prolapsus. Elle ne s'en occupe pas. Depuis un an l'utérus pointe à l'orifice vulvaire, mais se replace dans le décubitus horizontal. Puis le prolapsus augmente et depuis six mois ne se réduit plus. La malade est très gênée pour uriner. Pour y arriver elle est obligée de presser, d'exprimer sa vessie entraînée au devant de l'utérus. Toujours constipée, avec quelques dé-

bacles intestinales intermittentes ; elle maigrit et ne peut plus travailler.

A l'examen, paroi abdominale lâche à tissu flasque ; utérus visible dans ses trois quarts inférieurs, parois vaginales complètement prolatées, pas encore cutinisées ; cystocèle intense ; rectocèle pas très marqué. L'utérus est réduit sans trop de peine et l'on constate alors que le périnée ne mesure plus qu'un centimètre et demi.

La malade, dans des conditions encore assez bonnes, est opérée le 9 mars par M. Clado.

Les fils sont enlevés le 16 mars et, à cette date, le périnée a une longueur de 7 cent. 5.

Suites de l'opération excellentes.

La malade sort guérie le 15 avril.

OBSERVATION II

L. B..., 45 ans, sans profession, entrée le 12 janvier à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, service de M. le Professeur Duplay, lit n° 9.

Pas d'antécédents personnels.

A eu un garçon à 30 ans. Déchirure légère du périnée laissée sans soins. Depuis, bien portante.

Voilà six mois, douleurs violentes dans le ventre qui n'ont fait qu'augmenter depuis cette époque. Très fréquentes envies d'uriner sans cependant d'épreintes bien marquées.

A l'examen, prolapsus pas encore complet. Le col ap-

paraît entre les grandes lèvres quand on les écarte. La malade, souffrant beaucoup, réclame impérieusement une opération.

Le 30 janvier M. Clado lui fait la périnéorrhaphie suivant son procédé.

Le 31, température de 38°,2 qui fait craindre infection ; la plaie ayant bon aspect, on laisse les fils.

Le 1^{er} février, au matin, température revenue à 37°.

Le 8, on enlève les fils.

Suites opératoires excellentes ; le périnée, mesuré, offre une longueur de 7 centimètres. La malade sort le 4 mars, guérie.

OBSERVATION III

B. M..., 35 ans, confectionneuse, entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 mars 1899, salle Saint-Jean, service de M. le Professeur Duplay, lit n° 15.

Antécédents héréditaires insignifiants.

Voilà 15 ans, accouche d'un enfant du sexe masculin de 3700 gr. A la période d'expulsion, il se fait une déchirure complète du périnée et de la cloison recto-vaginale. On essaye la restauration immédiate, mais la plaie s'infecte, et l'on doit enlever les fils.

Un an après on fait une seconde tentative, sur laquelle la malade ne peut nous donner de renseignements précis, mais qui n'a donné aucun résultat.

Actuellement, et cela depuis 15 ans, elle offre une incontinence absolue des gaz intestinaux. Très souvent également il lui arrive d'avoir de l'incontinence des matières fécales. Cependant, de temps à autre, quand elle est très constipée, comme elle le dit, il lui arrive de rester 2 ou 3 jours sans se salir. Mais en temps ordinaire, son incontinence est absolue.

A l'examen, après avoir détergé le cloaque, on aperçoit profondément le reste de la cloison recto-vaginale, laquelle ne mesure plus que 3 cm. 5 jusqu'au col. Dans la partie antérieure, sur une longueur de 4 centimètres, la muqueuse rectale et la muqueuse du vagin se continuent presque insensiblement.

Malgré la difficulté du cas, le 7 avril, M. Clado, tente l'opération suivant son procédé modifié.

La malade est constipée le 8 et le 9.

Le 10, on lui donne un lavement qui la fait aller très légèrement à la selle.

Les jours suivants, on continue les lavements.

Pas de température.

Le 16, on enlève les fils métalliques. A ce moment, le périnée mesure 6 cm. 5.

Le 25, on cesse les lavements, mais on donne un purgatif pour faciliter les selles. On continue de même les jours suivants.

Le 1^{er} mai, on cesse le purgatif, puis on reprend le 2, puis on cesse, ainsi alternativement jusqu'au 18, jour où la malade demande à sortir. A cette date, son sphincter anal fonctionne très bien; elle est complètement guérie, sans fistule.

OBSERVATION IV

S. R..., 50 ans, couturière, entrée à l'Hôtel-Dieu le 25 avril 1900, salle Saint-Jean, service de M. le Professeur Duplay, lit n° 4.

Sans antécédents héréditaires ni personnels.

Elle a eu deux enfants, l'un à 24 ans, l'autre à 32 ans. Pour les deux, suites de couches normales. Est encore réglée.

Il y a 5 ans, suite d'un effort ? il lui vient une hernie ombilicale qui est encore réductible et assez bien maintenue par un bandage. Voilà un an environ, après quelques légères douleurs dans le bas ventre, s'est produit un prolapsus de l'utérus qui la gêne de plus en plus et dont elle demande à être débarrassée.

M. Clado l'opère d'après son procédé le 20 mai et, en même temps, lui fait la cure radicale de la hernie.

Le 28, on enlève les fils, le périnée a 8 centimètres de longueur. Actuellement la malade, encore dans le service, va très bien.

A celles que nous venons de donner nous pourrions ajouter encore de nombreuses observations. Cependant, comme celles que nous possédons, paraissent à peu de chose près, calquées sur le même modèle ; comme les résultats sont toujours excellents, il nous semble inutile d'en prolonger la nomenclature,

CONCLUSION

Jusqu'à ce jour les différents procédés de périnéorrhaphie en usage étaient insuffisants. Celui que nous avons décrit et dont l'heureuse initiative est due à M. Clado nous semble, avec quelques légères modifications suivant les cas, pouvoir répondre à tous les besoins.

Il a pour buts principaux :

1° De rétablir dans leur obliquité naturelle les parois du vagin ;

2° De rétrécir suffisamment le vagin en faisant, sans perte de substance aucune, une véritable colporrhaphie ;

3° De reconstituer la colonne postérieure du vagin de manière à en soutenir les parois en même temps que l'utérus.

Dans ses résultats immédiats, l'opération nous semble avoir parfaitement réalisé ce triple but. D'autre part, nous croyons pouvoir affirmer que les suites éloignées en sont tout aussi satisfaisantes.

Nous pouvons donc en conclure que le procédé opératoire que nous avons rapporté, est plus que ceux qui l'avaient précédé, propre à réaliser la reconstitution du périnée dans sa nature et dans ses fonctions.

Vu : .

Le Président de la Thèse,
PAUL BERGER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

BORAUO (*Marcel*). — Étude sur la périnéorrhaphie. Thèse de Doctorat. Paris, 1879.

BOURDÈREAU. — Des déchirures du périnée. De la périnéorrhaphie. Paris, 1854.

BROWN. — On rupture of the perineum and its treatment. London 1852.

CHABAUD. — Du traitement des déchirures complètes du périnée et de la cloison recto-vaginale. Thèse de Doctorat. Paris, 1879.

DEMARQUAY. — Gazette des hôpitaux, 24 septembre 1864.

DIEFFENBACH. — Die operative chirurgie, 1845.

DÜPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.

FÈVRE. — Étude critique de la périnéorrhaphie. France médicale, 1885.

JOBERT DE LAMBALLE. — Déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale. Opération de périnéorrhaphie avec procédé particulier de suture. Gaz. hebdom. de Médecine. Paris, 1853.

JUDES HUE. — Bullet. et Mem. de la Société de Chirurgie, 1886.

Buisson

LATASTE. — Essai de critique historique de la périnéorrhaphie. Thèse. Bordeaux, 1881.

LAUNAY. — Recherches sur la périnéorrhaphie. Description du nouveau procédé de M. Demarquay. Gaz. Médic. Paris, 1864.

MARC-SÉE. — Bullet. et Mem. de la Soc. de Chirurg. 1885.

POLAILLON. — Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. 1885.

POZZI. — Traité de gynécologie. Paris, 1888.

REYBARD. — Nouveau procédé de réunion applicable aux déchirures du périnée et à celles de la cloison recto-vaginale. Ann. Soc. de Médec. de Lyon, 1854.

ROUX. — Gazette médicale de Paris, 1834.

RICHEL. — De la périnéorrhaphie (procédé nouveau). Leçon recueillie par Félizet. Union Médicale, 1869.

TERRILLON. — De la périnéorrhaphie pour remédier à la rupture totale du périnée. Ann. de Gynécologie, 1879.

VERHAEGE. — Sur un nouveau procédé opératoire pour la guérison des ruptures complètes du périnée. Périnéo-synthèse de Langenbeck. Gaz. des Hôpit. 1853.

VERNEUIL. — Histoire de la périnéorrhaphie. Gaz. hebdomad., 1862.

